

Der InformationsTsunami

- **Aufdeckungen zur erweiterten Datenverarbeitung der Telematikinfrastruktur und des Forschungsdatenzentrums**
- **Aufklärung der Prozessverkettungen der Übertragung von Versichertendaten der Krankenkassen an das Forschungsdatenzentrum, angesiedelt beim BfArM**
- **Die Übertragung von ePA-Metadaten und medizinischen Informationsobjekten (MIO), die in die pseudonymisierten Dokumente für das FDZ unverändert übernommen werden dürfen**
- **Liste der Software-Anbieter die -TI-ready- sind über das neue Online-Portal <https://www.ti-score.de/>**
- **Konsequenzen für den Gesundheitsdatenraum, die EHDS-Infrastruktur**

Das nachfolgende Dokument, Ergebnis einer anstrengenden Recherche-Arbeit, soll Ihnen helfen sich einen Überblick über die Datenübermittlung sensibler und schützenswertester Daten der Krankenkassen an das Forschungsdatenzentrum des Bundes zu verschaffen und die Prozesse und beteiligten Institutionen kennenzulernen.

Bekannt ist, dass gegen die Übertragung von Daten der Versicherten an das Forschungsdatenzentrum eine Klage läuft, siehe

<https://freiheitsrechte.org/ueber-die-gff/presse/pressemitteilungen-der-gesellschaft-fur-freiheitsrechte/pm-gesundheitsdaten>

Die Übertragung der Daten, die nicht über einen ausreichenden gesellschaftlichen Prozess legitimiert sind, wurden vom Staat rechtlich abgesichert über den § 303d SGB V Forschungsdatenzentrum, siehe

<https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/303d.html>

Um welche Daten geht es? Hier eine vereinfachte Übersicht der 81 Datenblöcke, die hier über die Links veröffentlicht sind:

http://www.gesetze-im-internet.de/datrav_2020/DaTraV.pdf

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/VO_Datentransparenzverordnung.pdf

Nr. 1 -81 Liste aller übermittelten Daten an den GKV-Spitzenverband

- 1 das Geburtsjahr,
- 2 das Geschlecht und
- 3 die Postleitzahl des Wohnorts,
- 4 die Betriebsnummer der Krankenkasse des Versicherten,
- 5 die Versichertentage je Quartal,
- 6 die Anzahl der Versichertentage, an denen die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatte,
- 7 den Versichertenstatus gemäß den Schlüsselnummern der Statistik über die Versicherten in der

Sie finden die vollständige Liste aller 81 übertragenen Informationsblöcke ganz unten in diesem Dokument!

Das Verfahren der Pseudonymisierung der Daten aus der Liste wird hier beschrieben:

https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/D/VO_Datentransparenzverordnung.pdf

Achten Sie dort auf den Abschnitt § 5 „Verfahren der Pseudonymisierung“ in dem beschrieben wird welche identifizierenden Merkmale aus dieser Liste entfernt werden, damit der Datensatz verschleiert werden kann.

Als nächstes für Sie eine Grafik die den Prozess der Produktion der Forschungsdaten von der Quelle zum Datenzentrum zeigt.

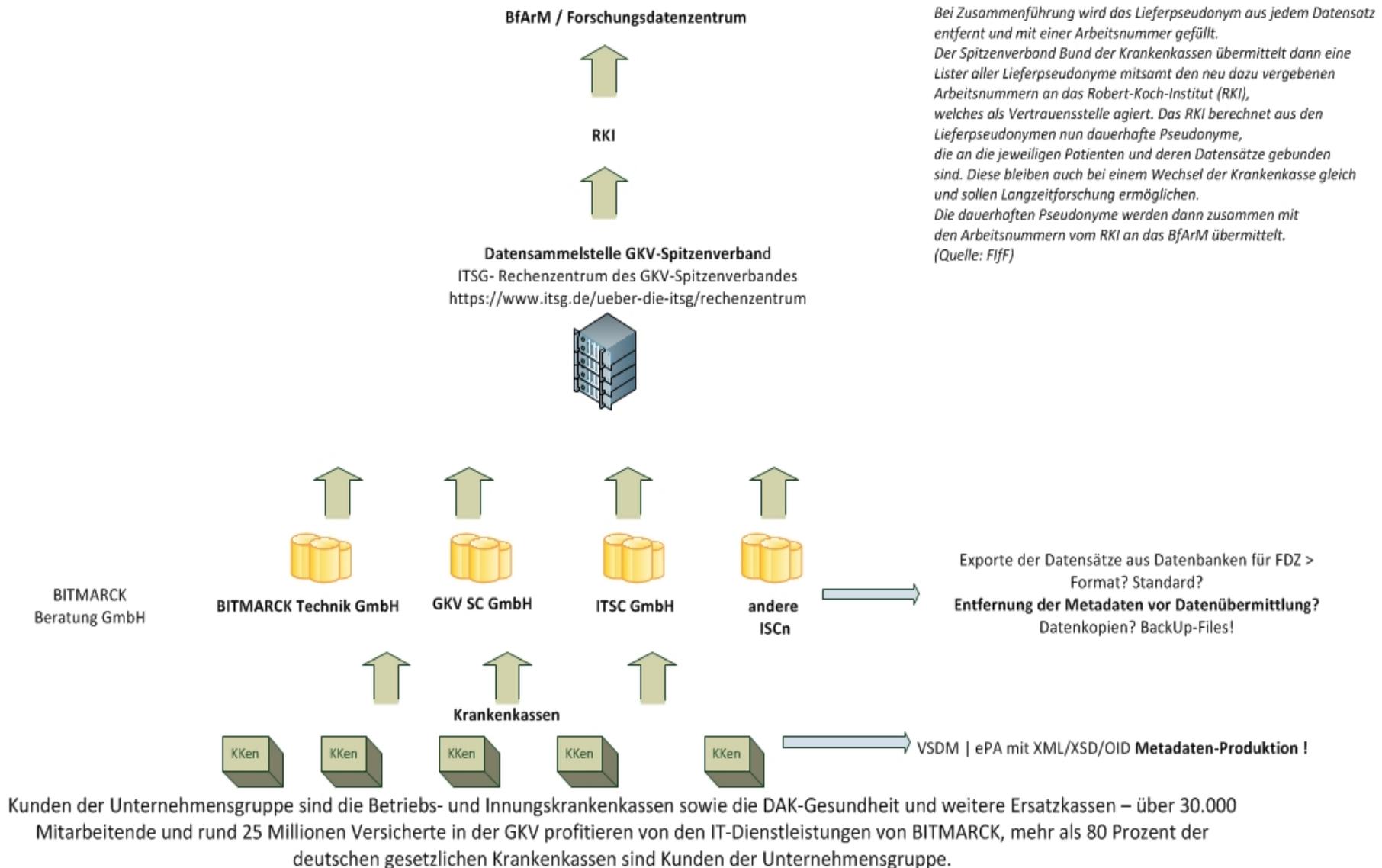
Bitte beachten Sie die Übernahme eines Textes in der Grafik aus dem exzellenten Gutachten „Stellungnahme zum Datentransparenzverfahren“ des CCC und FiFF, der Autoren Dirk Engling, Jens Kubieziel, Rainer Rehak, vom 27. August 2022 | Quelle:

<https://www.ccc.de/system/uploads/334/original/gesundheitsdaten-ccc-fiff.pdf>

Sie sehen in der Grafik die Krankenkassen unten, die mit Ihren jeweiligen IT-Dienstleistern, wie z.B. BITMARCK verbunden sind und dafür sorgen müssen, dass die Daten an die Datensammelstelle des GKV-Spitzenverbandes übertragen werden.

Von da aus geht es für die Daten weiter zum RKI und dann zum eigentlichen Ziel dem Forschungsdatenzentrum (ehemaliges DIMDI-Institut), angesiedelt beim BfArM, dem Bundesministerium für Arzneimittel Forschung und Medizinprodukte.





Geplant ist die elektronische Patientenakte auch für das Forschungsdatenzentrum zugänglich zu machen, siehe

https://fachportal.gematik.de/fileadmin/Fachportal/Downloadcenter/Releases/Release_einzelner_Produkttypen_Anwendungstypen/gemF_ePA_FDZ_Anbindung_V1.0.0.pdf

oder hier:

09.03.2023 — Pseudonymisierte ePA -Daten sollen künftig zu Forschungszwecken automatisch über das FDZ abrufbar sein. Weitere Informationen ...

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/digitalisierungsstrategie-vorgelegt-09-03-2023.html>

Seit langem beschäftige ich mich mit der semantischen Interoperabilität und der Produktion von Metadaten in den eHealth-Anwendungen der Telematikinfrastruktur. Die wesentliche Grundlage für die komplette Datenproduktion im Gesundheitswesen sind die Erweiterungen von Daten mit zusätzlichen Informationen, Kennziffern und Notationen, sowie die logische, intelligente und wissenschaftliche Strukturierung der Daten und Dokumente mit dem FHIR-Standard und medizinischen Informationsobjekten.

Hier die Auflistung einiger Metadaten der ePA:

z.B. Metadatenelement: authorSpecialty > Qualifikationen nicht ärztlicher Autoren (OID 1.3.6.1.4.1.19376.3.276.1.5.11)
Pharmazieingenieur

siehe mehr >

http://www.rdlenkewitz.de/pdf/_Metadaten%20der%20ePA.pdf

Register der OID-Kennziffern, siehe hier:

https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Services/OID-Register/_node.html

Die Frage zu stellen, in welchem Umfang die produzierten Metadaten im System der Telematikinfrastruktur mit in der Datensammlung des Forschungsdatenzentrums landen, ist also naheliegend. In der Grafik habe ich es bereits rechts unten als Fragen angedeutet. An dieser Stelle muss ich betonen, dass ich noch an der Aufklärung arbeite, was die Schnittstellen, Formate, Metadaten und Transportprotokolle auf Seiten der IT-Dienstleister der Krankenkassen angeht. Die dafür erforderlichen Informationsquellen sind entweder nicht öffentlich, sehr selten gestreut oder verstecken sich in tausenden von Dokumenten, die im Internet gesucht werden müssen.

Grundsätzlich ist die Metadatenproduktion, trotzdem sie in einer riesigen Welle als Hype im Gesundheitswesen verläuft, nicht in den Dokumentationen der Telematikinfrastruktur und den eHealth-Anwendungen so herausgestellt, dass sie als wichtigste Bestandteile in den unmittelbaren Beschreibungen der Datenverarbeitungsprozesse auch gleich auffallen. Auch in den SGB-Gesetzen werden sie nachrangig und nicht detailliert genug erwähnt. Dabei ist die Aufbereitung der Daten mit Metastrukturen und Metadaten, die wesentliche und unabdingbare Voraussetzung für die Verarbeitung und Sammlung der Daten für die grenzenlose Interoperabilität, für Forschungszwecke und die KI-Entwicklung. Mein Eindruck ist, die Gründe dafür liegen nicht nur in wissenschaftlicher Komplexität, sondern in der kühlen Überlegung, dass die Vermittlung der Dimension der Datenverarbeitung zuviel Staub aufwirbeln würde.

Die Aufklärung der Sachverhalte ist deswegen so wichtig weil die Anzahl der Metadaten extrem hoch ist und ständig steigt! Die Betrachtung und Darstellung der Daten und der Listen der Daten im Klartextformat, sowohl in den SGB-Gesetzen (z.B. ab § 291 aufwärts) ist dahingehend unvollständig und verschleiert die wahre Dimension der Datenverarbeitung, die laufend weiter geht.

Als ich 2014 anfing Metadaten-Elemente zu zählen, die geplant von der gematik und Ihren Partner zum Einsatz kommen sollten, bin ich auf einige tausend Elemente gekommen. Heute hat diese Entwicklung eine Größenordnung, die nicht mehr überschaubar ist, auch hinsichtlich der potentiellen Verkettungen von Daten, was einen Multiplikator-Faktor darstellt.

Somit muss die komplette Metadaten-Systematik mit in die Betrachtungen der Sicherheit, der Legitimität und der Kontrollierung der Datenerfassung einbezogen werden.

Vorab konnte ich für die ePA die Metadatenverarbeitung ansatzweise darstellen und über Quelldokumente belegen. Das nachfolgende Dokument beschreibt die Anbindung der ePA an das Forschungsdatenzentrum und schildert die Übernahme von Metadaten in die Datensammlung des Forschungsdatenzentrums:

https://fachportal.gematik.de/fileadmin/Fachportal/Downloadcenter/Vorabveroeffentlichungen/Patient/gemF_ePA_FDZ_Anbindung_V1.1.0_CC.pdf

Aus dem Dokument geht hervor, dass mit ähnlichen Verfahren die Daten pseudonymisiert werden, wie in dem beschriebenen Verfahren für die Daten der Krankenkassen, die an das Forschungsdatenzentrum gehen. Weiterhin findet sich hier auch der von mir gesuchte Beleg für die Übernahme von Metadaten auf Basis von FHIR-XML und medizinischen Informationsobjekten (MIOs).

Siehe Abschnitt Seite 11 Kapitel: 3.1 Beschreibung

Zitat:

*„Ein Pseudonymisierungsschema berücksichtigt jeweils ein MIO. Unter Verwendung der Vorgaben des Pseudonymisierungsschema erfolgt durch das ePA-FdV die Überführung eines MIOs der ePA in ein pseudonymisiertes Dokument (USt-3). Das Pseudonymisierungsschema definiert dafür alle Elemente eines MIO, **die in die pseudonymisierten Dokumente für das FDZ unverändert übernommen werden dürfen, sowie alle Elemente, die inhaltlich angepasst übernommen werden dürfen**. Elemente, die direkt personenidentifizierende Daten enthalten und eine Zuordnung der freizugebenen Daten für Forschungszwecke zu einer bestimmten Person ermöglichen würden, werden nicht in das pseudonymisierte Dokument übernommen“*

(ePA-FdV > <https://fachportal.gematik.de/hersteller-anbieter/komponenten-dienste/epa-frontend-des-versicherten>

<https://github.com/gematik/ref-ePA-FdV-Modul>)

FHIR siehe Wikipedia:

https://de.wikipedia.org/wiki/Fast_Healthcare_Interoperability_Resources

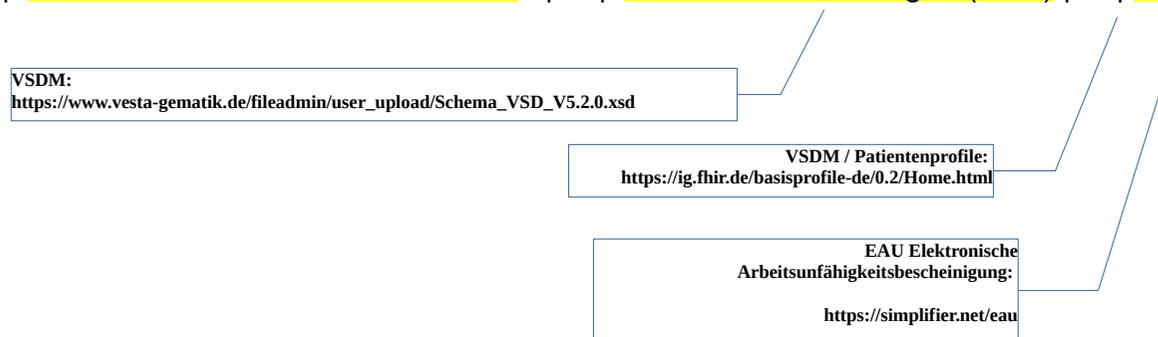
Berücksichtigen wir als sehr wichtigen Faktor, unter Berücksichtigung der von mir gelieferten Liste einiger Metadaten der ePA, dass diese Informationselemente und Kennziffern (OID) -grundsätzlich- über Metadaten und MIOs in den pseudonymisierten Datensätzen und Forschungsdaten landen können. Die allgemeine Versicherung, dass die Elemente, die personenidentifizierbare Daten enthalten, nicht übernommen werden dürfen, **bedeutet noch nicht eine Übersicht darüber zu haben, welche Elemente davon betroffen sind, welche Informationen auf welche Weise entfernt werden und wer diesen Prozess kontrolliert.**

Hier zeichnet sich etwas ab, was die Umsetzung der Forschungsdatenerhebung in einer bundesweiten Datensammelstelle noch schwerwiegender für die Bürger erscheinen lässt: Die Übernahme der Metadaten beinhaltet ein progressives und exponentielles Wachstum der Datenmengen, die gesammelt werden.

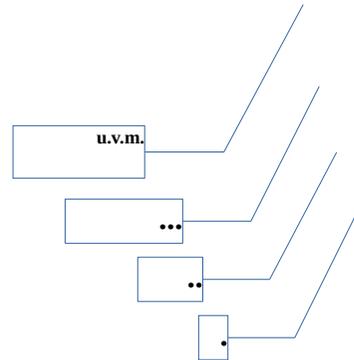
Das festgelegte Verfahren der Pseudonymisierung, bereits behaftet mit etlichen Schwachstellen und Problemen, wird auf die ePA ausgeweitet und ermöglicht es das Metadaten und medizinische Informationsobjekte, also standardisierte Datenstrukturen, übernommen werden. Damit entstehen, in visueller Weise betrachtet für die bessere Vorstellung, unzählige zusätzliche Listen von Informationselementen und Container-Informationen, z.B. über FHIR referenzierte und selektierte Textfelder aus Dokumenten, neben den dargestellten Klartextinformationen. Die oben in der Tabelle aufgelisteten Daten der 81 übermittelten Informationen an das Forschungsdatenzentrum bilden somit nur einen Teilausschnitt der tatsächlichen Informations- und Datenmenge, in Bezug auf die spätere Akkumulation, der für Forschungszwecke gesammelten Daten.

Wir müssen, um den Vorgang zu verstehen, mehrere Punkte berücksichtigen, einmal das die übermittelten Daten der Krankenkassen an das FDZ bereits mit Metadaten produziert werden und zum Zweiten, dass diese später mit weiteren Daten, die aus der ePA und den anderen eHealth-Anwendungen stammen, zusammengefasst werden. Auch wenn ich derzeit noch an der Aufklärung der Datenerweiterung der 81 übermittelten Daten an das FDZ arbeite müssen wir folgende fünf Datenquellen berücksichtigen und aufklären um eine Vorstellung zu bekommen welche Verkettungen von Datenarten prinzipiell für die Datensammlung der Forschungsdaten in naher Zukunft in Frage kommen und dazu gehören:

| **Quelldaten** | + | **XML-Transformation der Quelldaten** | + | **Schema-Erweiterungen (XSD)** | + | **FHIR-Profil** | + | **MIO** |



Die fünf Datenräume sind mindestens zu betrachten und für jede eHealth-Anwendungen entstehen die angedeuteten Transformationen, Erweiterungen, Neustrukturierungen und Extraktionen für Daten, Informationen und Dokumenten in einer endlosen Anordnung »



Vielleicht nehmen Sie sich die Zeit und kopieren sich die drei Links aus den Textfeldlegenden in den Webbrowser und überfliegen die umfangreichen Inhalte, sie und ich sind jedoch nicht in der Lage sich einen vollständigen Überblick über alle Informationselemente und Erweiterungen zu verschaffen, dafür ist die Datenmenge einfach zu gigantisch die derzeit vorliegt und immer weiter wächst.

An dieser Stelle ist es illusorisch anzunehmen, dass hierfür sichere, fehlerlose und kontrollierte technische Verfahren umgesetzt und organisiert werden können, ganz abgesehen von der Frage der Rechtmäßigkeit, die nur dann gestellt und gelöst werden kann, wenn die Arbeitsprozesse und beteiligten Daten in ihrem vollen Umfang bekannt sind.

Erforderlich wäre es eine ständige Expertengruppe einzusetzen und inhaltliche Filterung einzubauen, die permanent funktioniert und alles kontrolliert. Dafür existieren aber weder die Konzepte, noch die menschlichen Ressourcen und die finanziellen Mittel.

Es ist auch sehr fraglich ob unsere technischen Komponenten und Systeme generell dafür geeignet sind. Unsere IT-Systeme werden modular aufgebaut mit überwiegend fertigen Komponenten und gekapselten Funktionen, die global von den Programmierern produziert werden und damit werden die IT-Systeme zusammen geschustert und die eigenen Entwicklungen oben drauf gepackt.

Die Menge der eingesetzten und gekapselten Komponenten entzieht sich der Kontrolle des Menschen und wird in Zukunft immer weniger vom Menschen kontrolliert werden, dies ist die Realität, die der Entwicklung der KI den Weg bereitet, denn es ist sehr wahrscheinlich dass in Zukunft nur noch KI-Systeme die komplexen und unüberschaubaren IT-Systeme kontrollieren können. Das Fazit ist, das nur noch Maschinen Maschinen kontrollieren können und die Kontrolle des Menschen zum geringfügigen Faktor wird.

Das Sachverständigengutachten zum Schutz medizinischer Daten von Dominique Schröder, Lehrstuhl für Angewandte Kryptographie

in Nürnberg vom 25. April 2022 zeigt wie leicht und mit welchen Mitteln eine Re-Personalisierung der pseudonymisierten Daten möglich ist.

https://freiheitsrechte.org/uploads/documents/Freiheit-im-digitalen-Zeitalter/Gesundheitsdaten/2022-04-25-Gutachten_Schroeder-Gesundheitsdaten-Gesellschaft_fuer_Freiheitsrechte.pdf

Die semantischen Interoperabilität, die Metadaten, die MIOs und die KI müssen daher, was die Re-Personalisierung angeht, in vollem Umfang miteinbezogen werden.

Hier noch einige grundlegende Informationen was Medizinische Informationsobjekte sind:

https://fachportal.gematik.de/fileadmin/Fachportal/Anwendungen/MIO/gemInfo_MIO-Baukasten_V1.0.0.pdf

Wir haben es mit einer gigantischen Metadatenproduktion im Gesundheitswesen zu tun, medizinische Informationsobjekte werden zu einer universellen Sprache für medizinische Informationen in einem neuen Universum (Stichworte: mio42 universum) mit unzähligen Initiativen.

Diese Entwicklung bezeichne ich als InformationsTsunami oder als semantische Hydra, eine gigantische globale Produktion von neuen Datenerweiterungssprachen und wissenschaftlichen Datengruppierungen, aus deren Köpfen ständig neue Verästelungen wachsen.

Die semantische Hydra frisst sich dabei in die komplette Datenproduktion des Planeten und erfasst damit alle Daten und Informationen, die durch unsere Existenz und die künstlichen Systeme erzeugt werden.

Die losgelassenen Systeme werden dabei nicht mehr vollständig durchschaut und auch nicht mehr ausreichend beschrieben. Die Ansätze sensible Daten zu schützen gehen unter in dem Chaos der exponentiell steigenden Datenerfassung. Für welche Daten eine informationelle Selbstbestimmung in wirksamer Weise umgesetzt wird ist unwichtig geworden, die Umsetzung dafür nur Makulatur zur Beruhigung der Menschen und zum Erreichen der eigenen Ziele. Und dies sollte man den Menschen dann ehrlich sagen, anstatt vorzugeben, dass eine sichere und fehlerlose Kontrolle der Datenverarbeitung möglich ist. Die Realität der IT-Systeme liegt in ihrer Anlage der zügellosen Datenproduktion und der fehlenden ganzheitlichen IT-System- und Prozess-Beschreibungen, die gewollt ist und akzeptiert wird, damit die Daten entstehen und industriell genutzt werden können.

Im Kontext der Datenübermittlung der Forschungsdaten der Telematikinfrastruktur fehlt es in Wirklichkeit denn auch an einer ganzheitlichen und feingranularen Beschreibung der Datenverarbeitungsprozesse in der verketteten Beziehung zwischen Ärzten, Krankenkassen (Bitmarck), RKI und FDZ.

Die Quellen der Datenerhebung liegt ursprünglich bei den Versicherten, den Ärzten, den Apothekern und Krankenhäusern und die Anreicherung mit Metadaten, nach den Grundsätzen der semantischen Datenverarbeitung, fängt dort bereits an. Berücksichtigen sie die Updates der AVS- PVS- und KIS Software nach den Vorgaben des gematik und des BMG seit den Anfängen der Telematikinfrastruktur (TI).

Heute präsentiert die gematik GMBH die Liste der Software-Anbieter, die schon TI-ready sind, über das neue Online-Portal

<https://www.ti-score.de/>

Werfen Sie einen Blick darauf und es wird noch deutlicher, dass die spezifische Datenproduktion für das Forschungsdatenzentrum bereits bei der Datenproduktion der Teilnehmer beginnt, die in der Fachsprache der gematik und im Modell der Systemarchitektur, „Leistungserbringer“ genannt werden. Eine Datensammlung die in den europäischen Gesundheitsdatenraum einfließen wird.

Das Konzept der Telematikinfrastruktur basiert überwiegend auf der Umgehung der informationelle Selbstbestimmung und Freiheit durch Zwang und ausschließliche Nutzung der Mastersysteme mit proprietärer Software und Hardware und gipfelt in der Übermittlung der persönlichsten und schützenswertesten Daten in den europäischen Gesundheitsraum. Mit aller Gewalt soll der Anschluss an die Digitalisierungsmächte, USA und China und an die Entwicklung künstlicher Intelligenz erreicht werden. Dabei scheint es so sein dass die Entwicklung künstlicher Intelligenz und der Vorsprung, den die USA und China erzielen, mit der Überschreitung der Bürgerrechte zusammenhängt.

Konsequenzen für den Gesundheitsdatenraum, die EHDS-Infrastruktur

Der aktuelle Artikel beschreibt Entwicklungen und das Dilemma der Bewahrung unserer Rechte und der Verhinderung der Vernichtung der ärztlichen Schweigepflicht durch den Gesundheitsraum.

<https://www.heise.de/news/Offener-Brief-Verbaende-fordern-Opt-in-bei-Weitergabe-von-Gesundheitsdaten-8956615.html>

Zitat aus Artikel:

Das Ziel des EHDS, die digitalen Gesundheitssysteme interoperabel und modern zu gestalten, unterstützen die Unterzeichner. Allerdings schützt der Vorschlag der Europäischen Kommission die Patienten leider nicht, wenn es um die Weitergabe und Nutzung ihrer persönlichen medizinischen Daten durch Dritte geht...

Der existierende Glaube an die Wirksamkeit der Kontrolle und Regulierung, mit den bekannten Mitteln von Rechteverwaltungen, mit Pseudonymisierung, Anonymisierung und der Verschleierung von Daten, wie es auch verfahrenstechnisch in dem Gutachten von Herrn Schröder beschrieben wird, ist in dem Artikel gegenwärtig.

Dies kann jedoch nicht die Lösung sein, der richtige Weg würde darin bestehen bereits an den Quellen der Datenerzeugung anzusetzen, also bei den Menschen selbst. Hier sind neue kreative Lösungen gefragt, die eine vollständige Änderung der bestehenden Konzepte und Funktionen erfordern. Dies würde aber erfordern vollkommen neue und freie Software zu entwickeln, die von Ärzten und Teilnehmern des Gesundheitssystems, ohne zwanghafte Updates für ein Mastersystem, genutzt werden kann.

Wir müssen uns, angesichts der von mir beschriebenen Systematik, fragen, wie praxistauglich und umsetzbar die Regulierung und Kontrolle der IT-Systeme und die Vorschläge einer besseren Datenverarbeitung, mit Hilfe eingesetzter Wissenschaftler, von Herrn Schröder sind.

Hier zwei ausgewählte Aussagen von Herrn Schröder aus dem Gutachten, siehe Abschnitt "4.5 Zusammenfassung der Ergebnisse"

"Erstens wurde bei der Konzipierung der Architektur der Stand der Wissenschaft nicht berücksichtigt und bewusst eine leicht angreifbare Architektur ausgewählt."

"Folglich bin ich der Meinung, dass die sensiblen Daten der Bürger nicht entsprechend dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik gesichert wurden."

Ich will nicht versäumen zu sagen, dass das Gutachten von Herrn Schröder und die Verbesserungsvorschläge wertvolle Grundlagen sind, die für das Internet und die Datenverarbeitung eine wichtige Rolle spielen, ich frage mich jedoch ob dies für unsere persönlichen und schützenswertesten Daten der richtige Weg ist:

Glauben wir an die nachträgliche Korrektur der Datenverarbeitungsverfahren in der Telematikinfrastruktur, in der Hinsicht der Umsetzung und Einhaltung ethischer Grundlagen und der nachträglichen Umsetzung nach dem aktuellen Stand von Wissenschaft und Technik?

Oder ordnen wir das Konzept der Architektur der Telematikinfrastruktur als grundlegenden Mißgriff und undemokratisches IT-System ein, mit zu hoher staatlicher Einflussnahme, dass in dieser Form nicht weiter umgesetzt werden darf?

Meiner Meinung nach kann dies nur dann geklärt werden wenn wir die bestehende Situation der Telematikinfrastruktur und des Forschungsdatenzentrums als gesamtes System beschreiben und visualisieren. Dazu gehört dann die komplette Systematik der Datenverarbeitung der Mastersysteme, der Teilsysteme und Komponenten, eingeschlossen die Metadatenverarbeitung und Datenbankumgebungen. Und dafür sollten wir endlich anfangen die Konzepte, Methoden und Instrumente zu entwickeln, dies es bisher für diese komplexen und riesigen IT-Systeme nicht gibt.

Es geht um das Thema der Beschreibung und Visualisierung komplexer IT-Systeme, was ansatzweise mit Simulationen in Supercomputern möglich wäre. Das Dilemma ist, wir geben sehr viel Geld für diese IT-Systeme aus, aber die großen Summen die dafür erforderlich wären, die komplexen IT-Systeme in komprimierter und verständlicher Form zu visualisieren mit neuen Konzepten stellen wir nicht zu Verfügung. Was meine ich damit? Ich meine z.B. eine Darstellung, die sich vergleichbar an einem Videofilm orientiert, der das innere Leben einer biologischen Zelle vermittelt:

siehe „ the inner life of a cell“ :

<https://www.youtube.com/watch?v=wJyUtbn0O5Y>

Eine Visualisierung des gesamten Systems könnte zu dem Schluss führen, dass ein vollkommen anderes Konzept entwickelt werden muss, damit Ethik, Demokratie und Freiheit gewährleistet bleiben.

Wir können es uns nicht mehr leisten ausschnittweise Teile der Telematikinfrastruktur zu betrachten und zu kritisieren, wie den Konnektor, die ePA und die Datensammlung und Datenverarbeitung beim Forschungsdatenzentrum, angesiedelt beim BfArM. Die laufende Aufdeckung von Bugs führt zu einem bug fixing, aber nicht zu einem Re-Design des IT-Systems.

Eine andere Entwicklung zu denken und zu fordern ist das fehlende Glied für den Aufbruch in eine neue Variante der globalen Digitalisierung und die Bewahrung der Demokratie und Freiheit. Gleichzeitig würde durch die Entwicklung demokratischer Software und Systeme für freie Menschen das fehlende Gegengewicht zu den politischen Entwicklungen der anderen Gesellschaftsmodelle der Großmächte entstehen.

16.4.2023

Rolf D. Lenkewitz
Bergstraße 6
87769 Oberrieden
0163 1706809

Anhang:

Nr. 1 -81 Liste aller übermittelten Daten an den GKV-Spitzenverband

- 1 das Geburtsjahr,
- 2 das Geschlecht und
- 3 die Postleitzahl des Wohnorts,
- 4 die Betriebsnummer der Krankenkasse des Versicherten,
- 5 die Versichertentage je Quartal,
- 6 die Anzahl der Versichertentage, an denen die versicherte Person ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland hatte,
- 7 den Versichertenstatus gemäß den Schlüsselnummern der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung KM 1 nach der Allgemeinen Verwaltungsvorschrift über die Statistik in der gesetzlichen Krankenversicherung in Verbindung mit § 79 des Vierten Buches Sozialgesetzbuch,
- 8 die Anzahl der Versichertentage, an denen die versicherte Person Krankengeld nach den §§ 44 und 45 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Anspruch genommen hat,
- 9 die Anzahl der Versichertentage, an denen die versicherte Person an einem strukturierten Behandlungsprogramm nach § 137f Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch teilgenommen hat, einschließlich des jeweiligen Programmkennzeichens des strukturierten Behandlungsprogramms,
- 10 die Anzahl der Versichertentage, an denen die versicherte Person für den Bereich der ärztlichen Versorgung anstelle von Sach- oder Dienstleistungen nach § 13 Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch Kostenerstattung gewählt hat oder Wahltarife nach § 53 Absatz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in Anspruch genommen hat,
- 11 nach den §§ 295 und 295a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur ambulanten Versorgung:
- 12 die Betriebsstättennummer,

- 13 die lebenslange Arzt- oder Zahnarzt Nummer gemäß Anlage 1 der Vereinbarung über eine zentrale Arztnummernvergabe nach § 293 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch jeweils des behandelnden Arztes und des überweisenden Arztes,
- 14 die Art der Behandlung,
- 15 den Beginn und das Ende der Behandlung je Quartal,
- 16 die Art der Inanspruchnahme,
- 17 das Entbindungsdatum,
- 18 die Fallkosten inklusive der Dialysesachkosten,
- 19 den Erkrankungs- und Leistungsbereich nach § 116b Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
- 20 die Diagnoseart,
- 21 die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung nach § 295 Absatz 1 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Angaben zur Diagnosesicherheit, zur Lokalisation und zum Diagnosedatum soweit standardmäßig über die §§ 295 und 295a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch übermittelt,
- 22 Befunde der Zahnärzte,
- 23 bei ambulanten Operationen die Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 295 Absatz 1 Satz 4 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Lokalisation der Operation oder Prozedur und Datum,
- 24 die nach den §§ 295 und 295a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch abgerechneten ärztlichen und zahnärztlichen Gebührenpositionen mit Behandlungsdatum, mit Anzahl der Gebührenpositionen und den in Rechnung gestellten Entgelten, der Abrechnungsbegründung und der Sachkostenbezeichnung,
- 25 die Angabe zu Zweitmeinungen gemäß der Richtlinie über die Konkretisierung des Anspruchs auf eine unabhängige ärztliche Zweitmeinung gemäß § 27b Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch,
Angaben zur Vermittlungsart durch und Kontaktart mit der Terminservicestelle nach § 87a Absatz 3 Satz 5 Nummer 3 bis 6 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch, der Datumsangabe des Kontakts und der Arztgruppe des behandelnden Arztes,
- 26 die Bewertung und die Vertragsnummer für Verträge im Rahmen von Modellvorhaben nach

- § 64e des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und der integrierten Versorgung nach § 140a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch und § 73c des Fünften Buches Sozialgesetzbuch in der bis zum 22. Juli 2015 geltenden Fassung,
- 27 nach § 300 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Abgabe von Arzneimitteln:
- aa) die Pharmazentralnummer des abgegebenen Arzneimittels einschließlich der nach § 300 Absatz 3 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch vereinbarten Sonderkennzeichen,
- 28 das Verordnungsdatum,
- 29 die Betriebsstättennummer,
- 30 die lebenslange Arzt- oder Zahnarzt Nummer des verordnenden Arztes gemäß Anlage 1 der Vereinbarung nach § 293 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über eine zentrale Arztnummernvergabe,
- 31 das Datum der Abgabe durch die Apotheke an den Patienten,
- 32 das Kennzeichen der Begründungspflicht für die zahnärztliche Verordnung,
- 33 as Vertragskennzeichen für einzelvertragliche Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern,
- 34 das Institutionskennzeichen der abgebenden Apotheke,
- 35 die Kennzeichnung zum Sitz im In- oder Ausland der Apotheke,
- 36 der Mengenfaktor laut Verordnung je Position,
- 37 den verwendeten und an den Versicherten abgegebenen Anteil der Packung je Fertigarzneimittel und die Kennzeichnung von Verwurf bei parenteralen Zubereitungen oder bei der Abgabe wirtschaftlicher Einzelmengen,
- 38 das Noctu-Kennzeichen zur Befreiung von der Notfallgebühr,
- 39 die Angaben zu Aut-Idem zur Austauschbarkeit von Wirkstoffen,
- 40 Wirkstoffverordnung und Dosierung,
- 41 den ordnungszeilenbezogenen Sozialversicherungs-Bruttobetrag,
- 42 die gesetzlichen Abschläge von Apotheken und Großhändlern in Eurobeträgen,
- 43 die rezeptbezogenen Zuzahlungen des Versicherten in Eurobeträgen,
- 44 die Angaben zur Eigenbeteiligung des Versicherten in Eurobeträgen,
- 45 nach § 301 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur stationären Versorgung, inklusive der entsprechenden Daten der vor- und nachstationären sowie ambulanten Krankenhausbehandlung, soweit diese Daten in den Richtlinien und Vereinbarungen für den Datenaustausch der einzelnen

- Leistungserbringergruppen im Rahmen der Abrechnung mit der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen sind:
- 46 das Institutionskennzeichen der behandelnden Einrichtung,
 - 47 den Aufnahme- und den Entlassungstag mit Aufnahme- und Entlassungsgrund,
 - 48 den Tag der Behandlung,
 - 49 die Angabe zur Doppeluntersuchung aus der Information aus der Abrechnungsbegründung,
 - 50 die Art der Belegleistung,
 - 51 die Haupt- und primären sowie sekundären Neben-, Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung nach § 301 Absatz 2 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Lokalisation der Diagnose und Diagnoseart, Ein Service des Bundesministeriums der Justiz sowie des Bundesamts für
 - 52 die beteiligten Fachabteilungen mit jeweiligem Aufnahme- und Entlassungsdatum,
 - 53 die Leistungsart mit Leistungsschlüssel und Leistungstag,
 - 54 die durchgeführten Prozeduren nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 Absatz 2 Satz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch mit Datum und Lokalisation der Operation oder Prozedur,
 - 55 die abgerechneten Fallpauschalen nach den diagnosebezogenen Fallgruppen,
 - 56 Angaben zu Entgelten, inklusive der nach § 7 Absatz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes für Pflegeleistungen abgerechneten Entgelte, der Entgelte nach der Bundespflegesatzverordnung und der Entgelte zu ambulanten Leistungen sowie der Einzelvergütung mit Erläuterung,
 - 57 Beatmungstunden, bei ärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung die Arztnummer des einweisenden Arztes, bei Verlegung das Institutionskennzeichen des veranlassenden Krankenhauses, bei Notfallaufnahme die die Aufnahme veranlassende Stelle,
 - 58 nach den §§ 301a und 302 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zur Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, Versorgung mit Krankentransportleistungen, Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, Versorgung mit Hebammenhilfe sowie Versorgung mit digitalen Gesundheitsanwendungen:
 - 59 den Abrechnungscode,
 - 60 das Tarifkennzeichen,
 - 61 die Abrechnungspositionsnummer der erbrachten Einzelleistung oder der abgegebenen

- Leistung mit Anzahl oder Menge,
- 62 den Einzelbetrag der Abrechnungsposition,
- 63 den Betrag der gesetzlichen Zuzahlung,
- 64 den Eigenanteil und die Mehrkosten,
- 65 die Betriebsstättennummer des verordnenden Arztes,
- 66 die lebenslange Arztnummer des verordnenden Arztes gemäß Anlage 1 der Vereinbarung nach § 293 Absatz 7 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch über eine zentrale Arztnummernvergabe,
- 67 das Institutionskennzeichen des Leistungserbringers,
- 68 das Institutionskennzeichen des Krankenhauses, in dem die Hebamme als Beleghebamme die
- 69 Leistungen erbracht hat,
- 70 das Datum der Leistungserbringung und der Verordnung,
- 71 den Behandlungsbeginn und das Behandlungsende,
- 72 die gefahrenen Kilometer der Hebamme, des Entbindungspflegers und des Krankentransports,
- 73 den Diagnose- oder Indikationsschlüssel mit Spezifikation des Anwendungsortes,
- 74 die Kennzeichnung des Hausbesuchs,
- 75 die Kennzeichen für Hilfsmittel,
- 76 die Kennzeichen für die Verordnungsart bei Heilmitteln und für die Verordnungsbesonderheiten,
- 77 die Inventarnummer für Hilfsmittel im Wiedereinsatz,
- 78 die Pharmazentralnummer,
- 79 die Positionsnummer für Produktbesonderheiten,
- 80 das Geburtsdatum des Kindes oder der errechnete Geburtstermin bei vorgeburtlichen Leistungen,
- 81 die Anzahl der geborenen Kinder,